

Por favor lea estas instrucciones antes de completar la solicitud.

Estimado solicitante:

Este es su paquete de solicitud para **MassHealth**, el **Plan de seguridad médica para niños (CMSP)**, y **Healthy Start**. MassHealth es un servicio que proporciona cobertura de atención médica y ayuda a hacer los pagos de las primas del seguro de salud para familias, niños e individuos. El tipo de cobertura que usted reciba dependerá del tamaño de su familia, sus ingresos y otras circunstancias. CMSP, ofrece cobertura de atención médica a personas menores de 19 años que no califican para MassHealth. Una vez completa y revisada su solicitud, **se le asignará la cobertura más completa que le corresponda según la información provista.**

Por lo general, este paquete de solicitud es para las personas que viven en Massachusetts, que no viven en un centro de enfermería ni estén a punto de ingresar en uno y que tengan menos de 65 años de edad. Este paquete de solicitud puede ser utilizado además por personas de cualquier edad que sean padres de personas menores de 19 años, o que sean adultos que vivan con familiares menores de 19 años y sean responsables de su cuidado cuando ninguno de los padres de familia viva con ellos, o que estén discapacitados y trabajen 40 horas o más por mes. Si este paquete no es adecuado para usted, llame al 1-888-665-9993 (TTY: 1-888-665-9997 para personas con sordera parcial o total).

Este paquete contiene:

- ♦ la solicitud (*Solicitud de beneficios médicos*) que se utiliza tanto para MassHealth, CMSP, y Healthy Start
- ♦ un folleto que explica quién cumple con los requisitos para recibir los beneficios de MassHealth, cuáles son las normas respecto a ingresos y cuáles son los servicios médicos que se pueden obtener con la cobertura MassHealth
- ♦ una hoja informativa que explica el programa CMSP
- ♦ un Formulario de identificación del idioma materno
- ♦ información sobre cómo inscribirse para votar (No es obligatorio inscribirse para votar para recibir la cobertura de MassHealth.)
- ♦ el formulario MassHealth Designación de representante para la determinación del cumplimiento de requisitos (Si desea que alguien actúe a nombre suyo, puede usar este formulario para avisarnos quién es dicha persona.)

Por favor enumere sólo los miembros de un grupo familiar en una solicitud. Un grupo familiar puede estar compuesto por los padres, padrastros o padres adoptivos de cualquier edad y sus hijos menores de 19 años que vivan con ellos. Si los padres no viven en la casa, el grupo familiar puede estar compuesto por hermanos menores de 19 años, o por personas menores de 19 años y un adulto con parentesco por consanguinidad, adopción o matrimonio, o el cónyuge o ex cónyuge de uno de dichos parientes que vivan juntos. El grupo familiar también puede consistir en un individuo o una pareja casada que viven juntos sin hijos menores de 19 años. Si más de un grupo familiar vive en una misma casa, cada grupo debe completar su propia solicitud. MassHealth enviará todos los avisos de elegibilidad a la persona quien es el "jefe de familia" y, si lo hay, al representante para la determinación del cumplimiento de los requisitos.

Por favor lea detenidamente el Folleto para miembros de MassHealth antes de completar la solicitud. Conserve el folleto. Contiene respuestas a preguntas que puedan surgirle más tarde.

Al completar la solicitud, asegúrese de:

- ♦ Contestar **todas** las preguntas, y completar todas las secciones y todo suplemento que le corresponda a usted y a su familia.
- ♦ Firmar la solicitud y fecharla. La solicitud la tienen que firmar: el jefe de familia, todos los solicitantes que hayan cumplido los 18 años de edad, y todos los padres de familia, cualquiera que sea su edad, que tengan hijos que vivan con ellos.
- ♦ Enviar comprobantes de todos sus ingresos, tales como copias de dos talonarios de pago recientes.
- ♦ Enviar comprobantes de su estado positivo con el VIH, si usted desea saber si es elegible para MassHealth por ser positivo con el VIH.
- ♦ Enviar una copia de ambos lados de todas las tarjetas de inmigración (o de otros documentos que indiquen la condición de inmigrante) de cada miembro de la familia que no sea ciudadano de EE.UU. y que esté solicitando la cobertura de MassHealth, excepto si lo que se solicita son los beneficios de MassHealth Limited, CMSP, o Healthy Start. (Ver el Suplemento D.)
- ♦ Enviar fotocopia de ambos lados de todas las tarjetas de seguro médico que tenga cada miembro de la familia.

Mantendremos la confidencialidad de la información que usted nos proporcione, conforme a las leyes federales y estatales. Si desea que compartamos la información sobre su cumplimiento de los requisitos para obtener cobertura de MassHealth (incluso copias de las notificaciones que le enviemos), con alguna persona que no sea su representante para la determinación del cumplimiento de requisitos, si tiene tal representante, por favor llamar a MassHealth. MassHealth le enviará el Formulario autorización para compartir información.

Una vez completada la solicitud, fírmela. Envíela junto con todos los demás documentos necesarios a:

**MassHealth Enrollment Center
Central Processing Unit
P.O. Box 290794
Charlestown, MA 02129-0214**

Si tiene preguntas sobre esta solicitud o sobre la información que debe enviar, llame a MassHealth al 1-888-665-9993 (TTY: 1-888-665-9997 para personas con sordera parcial o total). Si tiene preguntas sobre CMSP y Healthy Start, por favor llame al 1-800-531-2229.

Quando recibamos su solicitud completa, firmada y fechada, la analizaremos. Si necesitamos más información, le escribiremos o llamaremos. **Una vez que recibamos toda la información necesaria, tomaremos una decisión sobre su elegibilidad. Usted recibirá una notificación por escrito que le comunicará esta decisión.**



Commonwealth of Massachusetts
EOHHS
www.mass.gov/masshealth

Solicitud de beneficios médicos

For office use only

Screener I.D.: _____
Date received: _____
Interpreter code: _____
Referred by: _____
Entry date: _____
Supplement C

Esta es una solicitud para **MassHealth**, el **Plan de seguridad médica para niños (CMSP)**, y **Healthy Start**. Por favor conteste **todas** las preguntas, y complete todas las secciones y cualquier suplemento que le correspondan a usted y a su familia. No necesita ser ciudadano estadounidense para obtener beneficios de MassHealth. Por favor escriba en letra de molde. Si necesita más espacio para completar cualquier sección de este formulario, use otra hoja adicional de papel e inclúyala con esta solicitud.

Jefe de familia

H01

1.	Apellido	Nombre	Inicial	Dirección		
	Ciudad	Estado	Código Zip	Dirección postal (si es diferente de la dirección anterior o si vive en un refugio) <input type="checkbox"/> sin hogar		
	¿Es esta persona solicitante también? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Si la respuesta es sí , ¿es esta persona ciudadana(o) de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Número de Seguro Social*	Fecha de nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Raza (opcional)
	Idioma que prefiere hablar	Idioma que prefiere escribir	Origen étnico (opcional)	Números de teléfono (escriba el número de teléfono de su lugar de trabajo sólo si podemos llamarlo allí.) Casa: () Trabajo: ()		

Otros miembros de la familia

2. Enumere a todos los demás miembros de su grupo familiar. No repita la información de quien encabeza la unidad familiar en esta sección. Vea página de instrucciones para obtener información sobre la descripción de un grupo familiar.

2.	Apellido	Nombre	Inicial	¿Esta persona solicita beneficios? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Si la respuesta es sí , ¿es esta persona ciudadana de EE.UU.? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Número de Seguro Social*	Fecha de nacimiento / /
	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Raza (opcional)	Idioma que prefiere hablar	Idioma que prefiere escribir	Origen étnico (opcional)	Parentesco con el jefe de familia	
3.	Apellido	Nombre	Inicial	¿Esta persona solicita beneficios? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Si la respuesta es sí , ¿es esta persona ciudadana de EE.UU.? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Número de Seguro Social*	Fecha de nacimiento / /
	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Raza (opcional)	Idioma que prefiere hablar	Idioma que prefiere escribir	Origen étnico (opcional)	Parentesco con el jefe de familia	
4.	Apellido	Nombre	Inicial	¿Esta persona solicita beneficios? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Si la respuesta es sí , ¿es esta persona ciudadana de EE.UU.? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Número de Seguro Social*	Fecha de nacimiento / /
	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Raza (opcional)	Idioma que prefiere hablar	Idioma que prefiere escribir	Origen étnico (opcional)	Parentesco con el jefe de familia	
5.	Apellido	Nombre	Inicial	¿Esta persona solicita beneficios? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Si la respuesta es sí , ¿es esta persona ciudadana de EE.UU.? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Número de Seguro Social*	Fecha de nacimiento / /
	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Raza (opcional)	Idioma que prefiere hablar	Idioma que prefiere escribir	Origen étnico (opcional)	Parentesco con el jefe de familia	

Embarazo

PRC

¿Está embarazada usted o alguna persona en la familia? sí no

Nombre	¿Usted o esta persona está embarazada con <input type="checkbox"/> 1 bebé? <input type="checkbox"/> mellizos? <input type="checkbox"/> trillizos? Si son más, ¿cuántos? _____	Fecha del parto / /
--------	--	------------------------

Indígena norteamericano/Nativo de Alaska

Los miembros de la familia que no hayan cumplido los 19 años y que sean nativos de Alaska o miembros de una tribu indígena norteamericana reconocida por el gobierno federal que reciban cobertura de MassHealth Family Assistance quizás no tengan que pagar ninguna prima.

¿Es usted o algún miembro de la familia menor de 19 años, nativo de Alaska o miembro de una tribu indígena norteamericana reconocida por el gobierno federal? sí no

Si su respuesta es **sí**, indique los nombres: _____

*Requerido, si se ha emitido uno y si esta persona está haciendo la solicitud para MassHealth, excepto para MassHealth Limited, CMSP, o Healthy Start.

Información sobre el VIH (opcional)

MassHealth puede ofrecer, a personas seropositivas al VIH, beneficios para los que no calificarían de ninguna otra manera.

¿Usted o algún miembro de la familia que sea seropositivo al VIH, desea solicitar estos beneficios? sí no

Si usted respondió **sí** complete esta sección.

- ✖ **Envíe prueba** de sus ingresos y de su condición de VIH seropositivo. Si usted no envía la prueba de su estado positivo al VIH, usted puede obtener beneficios por 60 días mientras que esperamos por la prueba. Para más información, vea el Folleto para miembros de MassHealth.

Nombre(s): _____

For office use only

Si tiene empleo

¿Está usted o algún miembro de su familia trabajando actualmente o posee un empleo por temporada? sí no

Si la respuesta es **no**, pase a la sección siguiente (*Si está desempleado*).

Si la respuesta es **sí**, complete esta sección.*

- ✖ **Envíe prueba** de sus ingresos, como por ejemplo fotocopias de dos talonarios de pago recientes. Si trabaja por cuenta propia, adjunte una copia de su última declaración de impuestos federales.

Nota: Si usted o algún miembro de la familia sólo trabaja ocasionalmente, no llene esta sección, pero complete la sección siguiente (*Si está desempleado*).

1. Nombre				For office use only (indicate weekly, biweekly, or monthly)	
A. Nombre, dirección y número de teléfono del empleador		Tipo de empleo (<i>Marque todos los que corresponda.</i>) <input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> por día <input type="checkbox"/> taller supervisado <input type="checkbox"/> tiempo parcial <input type="checkbox"/> por temporada salario anual: \$ _____ <input type="checkbox"/> por cuenta propia salario anual: \$ _____		\$	
¿Le ofrece seguro médico? ** <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Horas que trabaja por semana	Pago semanal antes de deducciones \$	Fecha en que comenzó a recibir este pago / /	HID	
B. Nombre, dirección y número de teléfono del empleador		Tipo de trabajo (<i>Marque todos los que corresponda.</i>) <input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> por día <input type="checkbox"/> taller supervisado <input type="checkbox"/> tiempo parcial <input type="checkbox"/> por temporada salario anual: \$ _____ <input type="checkbox"/> por cuenta propia salario anual: \$ _____		\$	
¿Le ofrece seguro médico? ** <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Horas que trabaja por semana	Pago semanal antes de deducciones \$	Fecha en que comenzó a recibir este pago / /	HID	
2. Nombre				For office use only (indicate weekly, biweekly, or monthly)	
A. Nombre, dirección y número de teléfono del empleador		Tipo de trabajo (<i>Marque todos los que corresponda.</i>) <input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> por día <input type="checkbox"/> taller supervisado <input type="checkbox"/> tiempo parcial <input type="checkbox"/> por temporada salario anual: \$ _____ <input type="checkbox"/> por cuenta propia salario anual: \$ _____		\$	
¿Le ofrece seguro médico? ** <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Horas que trabaja por semana	Pago semanal antes de deducciones \$	Fecha en que comenzó a recibir este pago / /	HID	
B. Nombre, dirección y número de teléfono del empleador		Tipo de trabajo (<i>Marque todos los que corresponda.</i>) <input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> por día <input type="checkbox"/> taller supervisado <input type="checkbox"/> tiempo parcial <input type="checkbox"/> por temporada salario anual: \$ _____ <input type="checkbox"/> por cuenta propia salario anual: \$ _____		\$	
¿Le ofrece seguro médico? ** <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Horas que trabaja por semana	Pago semanal antes de deducciones \$	Fecha en que comenzó a recibir este pago / /	HID	

Si está desempleado

¿Se encuentra usted (o algún miembro de su familia de 19 años de edad o mayor) **desempleado** (o trabaja sólo de vez en cuando)? sí no

Si la respuesta es **no**, pase a la sección siguiente (*Otros ingresos*).

Si la respuesta es **sí**, complete esta sección.*

Nombre

¿Recibe esta persona beneficios por desempleo? sí no

¿Ha trabajado esta persona en los últimos 12 meses? sí no

Si la respuesta es **sí**, ¿cuánto dinero ganó esta persona antes de impuestos y deducciones en los últimos 12 meses? \$ _____

¿Es esta persona estudiante universitario? sí no

Si la respuesta es **sí**, ¿reúne esta persona los requisitos para recibir la cobertura médica de dicha universidad? sí no

¿Si es casado(a), está su esposa(o) trabajando más de 100 horas al mes? sí no

*Si necesita más espacio, utilice otra hoja de papel y adjúntela a la solicitud.

**Marque sí aunque no pueda obtenerlo ahora.

Otros ingresos

¿Percibe usted o algún miembro de la familia otros ingresos? sí no
 Si la respuesta es **no**, pase a la sección siguiente (*Seguro médico*).
 Si la respuesta es **sí**, complete esta sección.*

Describa la fuente de los ingresos (de dónde provienen) de cada miembro de la familia. Si alguien tiene más de una fuente de ingresos, indíquelas en líneas separadas.

✕ **Envíe prueba.** Entre otros ingresos se cuentan:

- pensión alimenticia
- dividendos o intereses
- jubilación/retiro
- compensación por desempleo
- indemnización por enfermedades y accidentes de trabajo
- anualidades
- pensiones
- Seguro Social
- beneficios para veteranos
- otros (*especifíquelos*)
- manutención de niños
- ingresos por alquileres o arrendamiento
- Seguro de ingreso suplementario (SSI)
- fideicomisos

Nombre	Tipo de ingreso (todos los que correspondan de la lista de arriba)	Fuente (de dónde proviene el ingreso)	Suma mensual antes de impuestos	For office use only
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	

Seguro médico

Incluso si usted o algún miembro de la familia tiene otro seguro médico, es posible que MassHealth pueda ayudarle a pagar sus primas.

¿Tiene usted, algún miembro de su familia, o un padre o madre ausente seguro médico, o acceso a seguro médico, incluyendo Medicare? sí no
 ¿Trabaja usted, un miembro de su familia, o un padre o madre ausente, para un empleador que ofrece seguro de salud? . . . sí no
 En los últimos seis meses, ¿dejó usted, o algún miembro de su familia, un empleo que ofrecía seguro médico? sí no
 Si respondió **sí a cualquiera de estas tres preguntas**, debe completar el **Suplemento A** (la hoja verde).

Lesión, enfermedad, o discapacidad

¿Usted o algún miembro de la familia ha sufrido una lesión, enfermedad o discapacidad que duró, haya durado o se espera que dure un mínimo de 12 meses? sí no
 ¿Ha sufrido usted o algún miembro de la familia, un accidente, una enfermedad o una lesión y cree que otra persona sea responsable? sí no
 ¿Ha sufrido usted o algún miembro de la familia, un accidente, una enfermedad o una lesión que podría estar cubierta por el seguro de otra persona o por algún seguro de la familia, aparte del seguro médico? sí no
 Si respondió **sí a cualquiera de estas tres preguntas**, tiene que completar el **Suplemento B** (la hoja azul).

Padre o madre ausente

¿Hay algún niño en la familia cuyo padre o madre no vive con usted? sí no
 Si la respuesta es **sí**, debe completar el **Suplemento C** (la hoja amarilla).

Inmigración

La condición de ciudadanía de los padres de familia no afecta la elegibilidad de sus hijos.
 ¿Son ciudadanos estadounidenses todos los miembros de la familia *que aparecen en la solicitud*, incluyéndolo a usted? sí no
 Si la respuesta es **sí**, pase a la página 4. Si la respuesta es **no**, complete el **Suplemento D** (la hoja anaranjada). Si usted o alguno de los miembros de la familia, que esté solicitando los beneficios no corresponde a ninguna de las categorías del Suplemento D, numeradas del 1 al 15, usted o ese miembro de la familia sólo puede solicitar los beneficios de MassHealth Limited o, si se trata de una persona que no haya cumplido los 19 años de edad, de MassHealth Limited y/o CMSP, o Healthy Start.
 Indique a continuación los nombres de los miembros de la familia que sólo están solicitando los beneficios de MassHealth Limited y/o CMSP o Healthy Start.

Solicitan MassHealth Limited y/o CMSP o Healthy Start	For office use only	Solicitan MassHealth Limited y/o CMSP o Healthy Start	For office use only

*Si necesita más espacio, sírvase usar otra hoja y adjúntela a la solicitud.

Favor de leer esta página detenidamente, luego fírmela y féchela al pie de la página.

Esta es una solicitud para recibir la cobertura de MassHealth, el Plan de seguridad médica para niños (CMSP), y Healthy Start.

Autorizo a mis empleadores y aseguradores médicos actuales o anteriores a que le entreguen a MassHealth, toda la información que tengan acerca de la cobertura por seguro médico para mí y para los miembros de mi grupo familiar. Tal información incluye, sin limitarse a ello, información sobre pólizas, primas, seguros compartidos, deducibles y beneficios cubiertos que están o podrían estar o deberían haber estado a disposición mía o de los miembros de mi grupo familiar.

Autorizo a MassHealth a que obtenga toda documentación o dato que sirva para constatar cualquier información que se haya dado en este formulario de actualización, o cualquier otra información que yo le suministre a MassHealth mientras esté afiliado. Si se determina que mi familia o yo reunimos los requisitos de MassHealth, CMSP, o Healthy Start autorizo a MassHealth a que obtenga cualquier documentación acerca de los servicios médicos prestados mediante estos programas.

Entiendo que si tengo 55 años de edad o más, después de que fallezca MassHealth puede reembolsarse los dineros del mi caudal sucesorio.

Entiendo que si cualquier miembro de mi grupo familiar o yo nos accidentamos o lesionamos de cualquier manera, y recibimos dineros de un tercero por motivo de dicho accidente o lesión, tendremos que utilizar dichos dineros para reembolsarle a MassHealth algunos servicios médicos prestados, tal como se detalla en el Folleto para miembros de MassHealth. Entiendo también que tengo que informarle por escrito a MassHealth dentro del plazo de 10 días, si yo presento un reclamo de seguro o entablo una demanda judicial a raíz de un accidente o lesión sufrido por algún miembro de mi familia o por mí que esté recibiendo beneficios o que los esté solicitando.

Entiendo que si cualquier miembro de mi familia o yo reunimos los requisitos de MassHealth, CMSP, o Healthy Start tengo que informarle a MassHealth de todo cambio que se suscite en el caso mío o el de mi familia con respecto a ingresos o empleo, tamaño del grupo familiar, cobertura por seguro médico, primas de seguros médicos o cualquier cambio en cualquier otra información que yo haya dado en esta actualización, dentro de los 10 días posteriores a la fecha en que me entere del cambio.

Entiendo también que al firmar abajo, autorizo a MassHealth a que procure obtener y cobrar cualquier pago de terceros por concepto de atención médica y apoyo medico, de los padres de cualquier hijo menor de 19 años que esté recibiendo o solicitando beneficios.

Si cualquier miembro de mi familia o yo reunimos los requisitos para valernos de la cobertura de MassHealth, CMSP, o Healthy Start entiendo que posiblemente tenga que pagar una prima fijada por MassHealth. Si soy indígena norteamericano de ciertas tribus o nativo de Alaska que tiene derecho a recibir la cobertura de MassHealth Family Assistance, es posible que no tenga que pagar ninguna prima según el plan de MassHealth Family Assistance.

Certifico que he leído o que se me ha leído la información contenida en esta actualización, así como la información contenida en el Folleto para miembros de MassHealth, y que entiendo cuáles son mis derechos y responsabilidades. Certifico, además, bajo pena de perjurio, que, a mi leal entender, la información dada en esta actualización es correcta y está completa.

Si usted está actuando a nombre de otra persona al llenar esta solicitud y los suplementos que corresponden, también deberá llenar y devolver, junto con la presente solicitud, el formulario MassHealth Designación de representante para la determinación del cumplimiento de requisitos. Su firma, en calidad de representante para la determinación del cumplimiento de requisitos, certifica que, a su leal entender, la información detallada en esta solicitud es correcta y está completa.

Si usted considera que la decisión de MassHealth está errada con respecto a si reúne los requisitos, cuenta con el derecho de apelación. Si se le deniegan o suspenden los beneficios, recibirá detalles sobre cómo proseguir con tal apelación.

El jefe de familia, todas las personas que hayan cumplido los 18 años de edad, y los padres de familia de cualquier edad que tengan niños que viven con ellos, que estén recibiendo o que deseen recibir la cobertura de MassHealth, CMSP, o Healthy Start tienen que leer esta hoja con detenimiento, y firmarla y fecharla abajo. Si usted firma en calidad de representante para la determinación del cumplimiento de requisitos, también tendrá que entregar el formulario MassHealth Designación de representante para la determinación de cumplimiento de requisitos.

X _____
Firma del solicitante o de su representante para la determinación de cumplimiento de requisitos

Fecha

X _____
Firma del solicitante o de su representante para la determinación de cumplimiento de requisitos

Fecha

X _____
Firma del solicitante o de su representante para la determinación de cumplimiento de requisitos

Fecha



Suplemento A: Preguntas sobre el seguro médico

For office use only. Head of household name: _____ Head of household SSN: _____

Deje esta página en blanco si respondió NO a todas las preguntas sobre seguro médico en la página 3. Complete esta página si respondió SÍ en una o más de las tres preguntas sobre seguro médico en la página 3. Usted no nos tiene que dar o proveer información de un padre o madre ausente si usted llenó la sección "Buena Causa" en el suplemento C.

Medicare

NIH

▶ ¿Recibe usted o alguno de los miembros de la familia solicitante beneficios de Medicare? sí no
 Si la respuesta es **no**, pase a la sección siguiente (*Seguro médico*).
 Si la respuesta es **sí**, complete esta sección.

1.	Nombre	Número de Medicare
2.	Nombre	Número de Medicare

Seguro médico

NIH

Aunque usted o algún miembro de la familia tenga seguro médico, puede obtener los beneficios de MassHealth. El seguro médico puede ser ofrecido a través de un empleador, un padre o madre ausente, un sindicato, una institución educativa o un seguro suplementario de Medicare, como Medex.

▶ ¿Tiene usted, algún miembro de su familia o un padre o madre ausente seguro médico, que no sea el Medicare, provisto por algún empleador o proveniente de cualquier otra fuente? sí no
 Si la respuesta es **no**, pase a la sección siguiente (*Otro seguro médico posible*).
 Si la respuesta es **sí**, complete esta sección.

✖ **Envíe copia** de ambos lados de todas las tarjetas de seguro médico. Si usted tiene más de una póliza o si tiene otro seguro, tal como seguro dental o para la vista, marque esta casilla , y **utilice las otras secciones al dorso de esta hoja**.

1.	Nombre del pólizahabiente asegurado	Fecha de nacimiento / /	Número de Seguro Social*	Nombre de la compañía aseguradora
Nombres de los miembros de la familia cubiertos por el seguro		Fecha de vigencia de la póliza / /	Número de la póliza	
		Número de grupo (si se sabe)	Nombre del empleador o del sindicato	
		Tipo de póliza <input type="checkbox"/> individual <input type="checkbox"/> pareja (dos adultos) <input type="checkbox"/> doble (un adulto, un menor) <input type="checkbox"/> familiar	Contribución del pólizahabiente asegurado a los costos de la prima \$ _____ por semana \$ _____ por trimestre \$ _____ por mes	

Otro seguro médico posible

NIH

Quizás podamos ayudarle a comprar seguro médico de su empleador actual o anterior. Por favor complete esta sección si usted respondió **sí** a alguna de las preguntas siguientes y si usted **no tiene** seguro médico.

▶ ¿Trabaja usted, cualquier miembro de la familia, o un padre o madre ausente, para un empleador que ofrece seguro médico? . . sí no
 ▶ En los últimos seis meses, ¿dejó usted o algún miembro de la familia un empleo que ofrecía seguro médico? sí no
 Si necesita más espacio, marque aquí , y **utilice las otras secciones al dorso de esta hoja**.

1.	Nombre	Teléfono del empleador ()
Nombre del empleador		Dirección del empleador
2.	Nombre	Teléfono del empleador ()
Nombre del empleador		Dirección del empleador

*Dato obligatorio, si es posible conseguirlo y si uno ha sido emitido, ya sea que esta persona sea solicitante o no.

Seguro médico (continuación)

2.	Nombre del pólizahabiente asegurado	Fecha de nacimiento / /	Número de Seguro Social*	Nombre de la compañía aseguradora
	Nombres de los miembros de la familia cubiertos por el seguro		Fecha de vigencia de la póliza / /	Número de la póliza
			Número de grupo (si se sabe)	Nombre del empleador o del sindicato
			Tipo de póliza <input type="checkbox"/> individual <input type="checkbox"/> pareja (dos adultos) <input type="checkbox"/> doble (un adulto, un menor) <input type="checkbox"/> familiar	Contribución del pólizahabiente asegurado a los costos de la prima \$ _____ por semana \$ _____ por trimestre \$ _____ por mes
3.	Nombre del pólizahabiente asegurado	Fecha de nacimiento / /	Número de Seguro Social*	Nombre de la compañía aseguradora
	Nombres de los miembros de la familia cubiertos por el seguro		Fecha de vigencia de la póliza / /	Número de la póliza
			Número de grupo (si se sabe)	Nombre del empleador o del sindicato
			Tipo de póliza <input type="checkbox"/> individual <input type="checkbox"/> pareja (dos adultos) <input type="checkbox"/> doble (un adulto, un menor) <input type="checkbox"/> familiar	Contribución del pólizahabiente asegurado a los costos de la prima \$ _____ por semana \$ _____ por trimestre \$ _____ por mes

Otro seguro médico posible (continuación)

3.	Nombre	Teléfono del empleador ()
	Nombre del empleador	Dirección del empleador
4.	Nombre	Teléfono del empleador ()
	Nombre del empleador	Dirección del empleador

*Dato obligatorio, si es posible conseguirlo y si uno ha sido emitido, ya sea que esta persona sea solicitante o no.



Suplemento B: Preguntas sobre lesiones, enfermedad, o discapacidad

For office use only. Head of household name: _____ Head of household SSN: _____

Deje esta página en blanco si respondió NO a todas las preguntas sobre lesiones, enfermedad y discapacidad en la página 3.

Complete esta página si respondió SÍ a una o más de las tres preguntas sobre lesiones, enfermedad y discapacidad en la página 3.

Lesiones, enfermedad, o discapacidad

PDI/
DDU

Complete esta sección en caso de que usted o algún miembro de la familia sufra una lesión, enfermedad o discapacidad.	
1. Nombre	For office use only
	Supp to DES Dis type
<p>▶ ¿Tiene esta persona una lesión, enfermedad o discapacidad que ha durado o que se espera que dure por lo menos 12 meses? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>▶ ¿Recibe esta persona dinero del Seguro Social por alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>▶ ¿Ha recibido esta persona Seguro de Ingreso Suplementario (SSI) alguna vez? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>▶ ¿Es esta persona legalmente ciega? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>Si la respuesta es sí, envíe una copia del Certificado de Ceguera.</p>	
2. Nombre	For office use only
	Supp to DES Dis type
<p>▶ ¿Tiene esta persona una lesión, enfermedad o discapacidad que ha durado o que se anticipa que durará un mínimo de 12 meses? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>▶ ¿Recibe esta persona dinero del Seguro Social por alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>▶ ¿Ha recibido esta persona Seguro de Ingreso Suplementario (SSI) alguna vez? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>▶ ¿Es esta persona legalmente ciega? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>Si la respuesta es sí, envíe una copia del Certificado de Ceguera.</p>	

Accidente o lesión

TPR

Debe responder a las siguientes tres preguntas sobre usted o algún miembro de la familia que necesite atención médica debido a un accidente o lesión.	
<p>▶ ¿Presenta usted o algún miembro de la familia esta solicitud debido a un accidente o lesión que podría ser la responsabilidad de otra persona? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>Si la respuesta es sí, indique los nombres: _____</p> <p>▶ ¿Tiene usted o algún miembro de la familia una lesión, enfermedad o discapacidad causada por otra persona, o que podría estar cubierta por el seguro de otra persona o por el seguro propio del miembro de la familia, que no sea el seguro médico (tal como un seguro de vivienda o un seguro de automóvil)? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>Si la respuesta es sí, indique los nombres: _____</p> <p>▶ ¿Se ha entablado una demanda, un reclamo de compensación por enfermedad o accidente laboral o un reclamo de seguro por accidente o lesión sufrida por usted o algún miembro de la familia en esta solicitud? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>Si la respuesta es sí, indique los nombres: _____</p>	For office use only

Si necesita más espacio, sírvase usar el espacio al dorso de esta hoja.



Suplemento C: Preguntas sobre padre o madre ausente y asignación de derechos

No complete este suplemento si respondió NO a la pregunta sobre el padre o madre ausente en la página 3.

Complete este suplemento sólo si respondió SÍ a la pregunta sobre el padre o madre ausente en la página 3.

Padre o madre ausente

PARTE A—Cooperación

Para recibir cobertura de MassHealth para usted y para un niño que viva con usted, tiene que cooperar con la división Child Support Enforcement Division del Department of Revenue (DOR) del estado de Massachusetts con miras a establecer la paternidad y hacer cumplir una orden de sustento médico, a menos que cite Buena Causa para no cooperar. También tiene que asignar o ceder sus derechos de sustento médico a MassHealth. Cooperación significa que quizás tenga que identificar ubicar y dar detalles sobre el empleo de un padre de familia ausente, comparecer para citas con el personal del DOR o de un tribunal, someterse a pruebas de paternidad, dar información y realizar cualquier otra acción que sea necesaria para ayudar al DOR a establecer la paternidad, y a establecer, modificar o hacer cumplir una orden de sustento médico infantil. Buena Causa es un término jurídico que significa que si usted coopera mediante la entrega de información sobre el padre de familia ausente, tal acto no sería lo mejor para el niño por uno de los motivos citados en la PARTE B—Buena Causa— en la página que sigue. Si usted cree que tiene Buena Causa para no cooperar, complete la PARTE B—Buena Causa— y no complete la PARTE C—Información sobre el padre o la madre ausente— en la siguiente página.

Si no desea presentar una explicación de Buena Causa y no coopera llenando la PARTE C—Información sobre el padre o la madre ausente— en la página siguiente, su participación en MassHealth se podría ver afectada.

Para recibir cobertura de MassHealth sólo para un niño que viva con usted y no para usted, no tiene que cooperar con el DOR ni asignar ni ceder sus derechos de sustento médico a MassHealth, ni dar ninguna información sobre un padre de familia ausente. Además, si un miembro de la familia que esté embarazada está solicitando beneficios para un niño por nacer, en este momento no tiene que darnos ninguna información sobre el padre de familia ausente del niño por nacer, lo cual significa que no tiene que llenar las PARTE B, C ni D de este suplemento para dicho niño que aún no ha nacido. Sírvase leer el párrafo que sigue sobre los servicios para hacer cumplir las órdenes de sustento infantil.

Incluso si solicita cobertura de MassHealth sólo para el niño que viva con usted, puede pedir los servicios para hacer cumplir órdenes de sustento infantil si desea recibir ayuda para lograr que un padre de familia ausente pague el seguro médico o el sustento infantil para dicho niño. Para lograrlo, puede llamar al DOR marcando el 1-800-332-2733, o acudir a www.mass.gov/dor y hacer clic en "Child Support" (Sustento infantil). La cobertura de MassHealth para el niño no se verá afectada si usted opta por valerse o no de estos servicios. Si solicita estos servicios, tendrá que cooperar con el DOR.

Favor de pasar a la página 8.



Suplemento C:

Preguntas sobre padre o madre ausente y asignación de derechos

For office use only. Head of household name: _____ Head of household SSN: _____

Favor de leer la Parte A del Suplemento C (página 7) antes de completar las Partes B, C, y D del Suplemento C (abajo).

Padre o madre ausente (cont.)

AB3

PART B—Buena Causa

¿Hay alguna razón (Buena Causa) para que usted no nos ayude a obtener sustento médico de este padre o madre ausente? sí no
 Si la respuesta es **no**, complete a continuación la Parte C—información sobre el padre o madre ausente.
 Si la respuesta es **sí**, indique los nombres de los niños cuyo padre o madre o ambos está ausente, y sobre el o los cual(es) usted no nos quiere dar ninguna información. Además marque una de las siguientes opciones que correspondan al niño o niños enumerado(s).

Nombre(s): _____ Nombre(s): _____

La cooperación provocaría un daño físico o emocional grave a un miembro de la familia o a su hijo(a) o al solicitante o al afiliado. La cooperación provocaría un daño físico o emocional grave a un miembro de la familia o a su hijo(a) o al solicitante o al afiliado.

La adopción del niño se encuentra en curso. La adopción del niño se encuentra en curso.

El niño fue concebido por abuso o agresión sexual. El niño fue concebido por abuso o agresión sexual.

PARTE C—Información sobre el padre o la madre ausente (si la sabe)

1. Nombre	Número de Seguro Social*	Fecha de nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección		Número de teléfono ()	

¿Existe una orden de sustento médico? sí no
 Parentesco con el niño: Madre Padre Otro: _____ Licencia de conducir:* _____
 Nombres de los niños del padre o madre ausente: _____
 Nombre y dirección del empleador del padre o madre ausente: _____

**Dato obligatorio si se puede conseguir y si se ha expedido.*

2. Nombre	Número de Seguro Social*	Fecha de nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección		Número de teléfono ()	

¿Existe una orden de sustento médico? sí no
 Parentesco con el niño: Madre Padre Otro: _____ Licencia de conducir:* _____
 Nombres de los niños del padre o madre ausente: _____
 Nombre y dirección del empleador del padre o madre ausente: _____

**Dato obligatorio si se puede conseguir y si se ha expedido.*

PARTE D—Firma

Soy el padre de familia con quien el niño vive (padre de custodia) o su tutor legal, y entiendo que al firmar abajo asigno mis derechos y autorizo a MassHealth y al DOR a que procuren obtener sustento médico del padre de familia ausente de cualquier niño que no haya cumplido los 19 años de edad y que viva conmigo y que solicite cobertura de MassHealth. También convengo en cooperar con MassHealth y con el DOR en este proceso, según se detalla en la PARTE A —Cooperación— de este Suplemento.

**Firma del padre de custodia o tutor legal: _____ Fecha: _____

***Dato obligatorio, sólo si la solicita para usted y para el niño que vive con usted.*

Si necesita más espacio, sírvase usar otra hoja y adjúntela a este suplemento.



Suplemento D: Preguntas para inmigrantes

For office use only. Head of household name: _____ Head of household SSN: _____

Deje esta página en blanco si respondió SÍ a la pregunta sobre inmigración en la página 3.

Complete esta página si respondió NO a la pregunta sobre inmigración en la página 3.

- ▶ 1. ¿Se encuentra usted o algún miembro de la familia en servicio activo o es veterano de las Fuerzas Armadas de EE. UU. y le dieron baja con honores? ¿Prestó usted o algún miembro de su familia servicios bajo el mando de Estados Unidos durante la Segunda Guerra Mundial o en Vietnam? sí no
Si la respuesta es **sí**, puede suspender aquí.
Si la respuesta es **no**, pase a la sección siguiente.
- ▶ 2. ¿Es usted o algún miembro de la familia el cónyuge, viuda, viudo, o persona a cargo de una persona en servicio activo o de algún veterano, según se describió arriba? sí no
Si la respuesta es **sí**, puede suspender aquí.
Si la respuesta es **no**, pase a la sección siguiente.
- ▶ 3. ¿Es usted o algún miembro de la familia víctima de abuso doméstico y **el abusador ya no vive ahí**? sí no
Si la respuesta es **sí**, puede suspender aquí.
Si la respuesta es **no**, debe completar el resto de esta página (*Condición de inmigrante*).

Condición de inmigrante

DAC

▶ Complete la tabla que sigue a continuación para cada miembro de la familia que **no** sea ciudadano de EE. UU. y que presente una solicitud a MassHealth. Enumere todas las condiciones que correspondan a cada persona desde que dicha persona llegó a Estados Unidos.

☒ **Envíe copia** de ambos lados de todas las tarjetas de inmigración (o de otros documentos que condición de inmigrante).
Consulte el Folleto para miembros de MassHealth para obtener una descripción más completa de condiciones de inmigrante.

Nota: Los miembros de una familia que únicamente soliciten beneficios de MassHealth Limited y/o CMSP o Healthy Start no tienen que darnos un número de Seguro Social. Nosotros no daremos sus nombres a ninguna otra agencia, inclusive el Departamento de Seguridad Interna (DHS). No es necesario que enumere sus nombres en esta página ni que envíe comprobantes de su condición de inmigrante. Pero sí debe enumerar sus nombres en el bloque color anaranjado de la página 3. MassHealth Limited sólo paga servicios de emergencia. Consultar el Folleto para afiliados de MassHealth para obtener más información.

▶ Utilice estos códigos para describir su condición en la tabla que sigue a continuación:

4. Americano de origen asiático admitido conforme a la Sección 584 de Ley pública 100-202	6. Inmigrante condicional	10. Americano indígena con no menos del 50% de sangre indígena y nacido en Canadá	13. Persona con visa temporal/otra
5. Asilo otorgado	7. Inmigrante cubano/haitiano	11. Se le concedió libertad condicional	14. Persona residente bajo apariencia legal (PRUCOL) <i>(Ver el Folleto para miembros de MassHealth para obtener más información.)</i>
	8. Deportación suspendida	12. Refugiado	15. Víctima de formas severas de tráfico* <i>(*Tráfico de seres humanos con fines de prostitución o servidumbre involuntaria.)</i>
	9. Residente permanente legal		

Nombre	Códigos (Enumere todos los que corresponda.)				Fecha de otorgamiento de condición				Fecha de ingreso a EE UU	For office use only
	a	b	c	d	a	b	c	d		
									/ /	
									/ /	
									/ /	
									/ /	
									/ /	
									/ /	

Si necesita más espacio, sírvase usar otra hoja y adjúntela a la solicitud.



¿Recuerde que debe:

- ♦ Leer las instrucciones en la página de instrucciones?
- ♦ Completar una solicitud separada por cada grupo familiar?
- ♦ **Responder a todas las preguntas y completar todas las secciones y suplementos que correspondan a usted y a su familia?** No tiene que enviar ninguno de los suplementos que no correspondan a su caso.
- ♦ Firmar y fechar la solicitud en la página 4? Recuerde que deben firmar: el jefe de familia, todos los solicitantes que ya hayan cumplido los 18 años de edad, y todos los padres/madres de cualquier edad que tengan hijos que vivan con ellos.
- ♦ Completar y devolver el formulario MassHealth Designación de representante para la determinación del cumplimiento de requisitos, si usted actúa como dicho representante o desea que alguien actúe a nombre suyo?
- ♦ Enviar comprobantes de todos los ingresos, por ejemplo: copia de dos talonarios de pago recientes, copia de cheques o de cartas de prestaciones o beneficios recibidos, o copias de su declaración (planilla) de impuestos federales más reciente?
- ♦ Envíe prueba de su estado positivo con el VIH, si desea saber si usted es elegible para MassHealth por ser positivo con el VIH? MassHealth puede ofrecer beneficios a personas positivas con el VIH, para los que no calificarían de ninguna otra manera. Si usted solicita beneficios porque es positivo con el VIH y no nos da prueba de su condición positiva con el VIH, nosotros le enviaremos una carta pidiéndole prueba. La carta será enviada a la dirección que usted nos dió en esta solicitud. Una prueba puede ser una carta de su doctor, clínica, laboratorio, o una organización o proveedor del SIDA mostrando el nombre de la persona positiva con el VIH y el resultado positivo del examen.
- ♦ Enviar copia de ambos lados de todas las tarjetas de inmigración (o de otros documentos que indiquen su condición de inmigrante) correspondiente a cada miembro de la familia que **no** sea ciudadano de EE. UU. y que forme parte de la solicitud? (Ver el Suplemento D.)
- ♦ Enviar copia de ambos lados de todas las tarjetas de seguro médico de cada miembro de la familia que tenga seguro?

Por favor engrapar, asegurar con sujetapapeles o adjuntar a la solicitud, todos los documentos necesarios.

Luego de haber completado y firmado esta solicitud, envíela por correo con todos los demás documentos necesarios a:

**MassHealth Enrollment Center
Central Processing Unit
P.O. Box 290794
Charlestown, MA 02129-0214**